

gemo

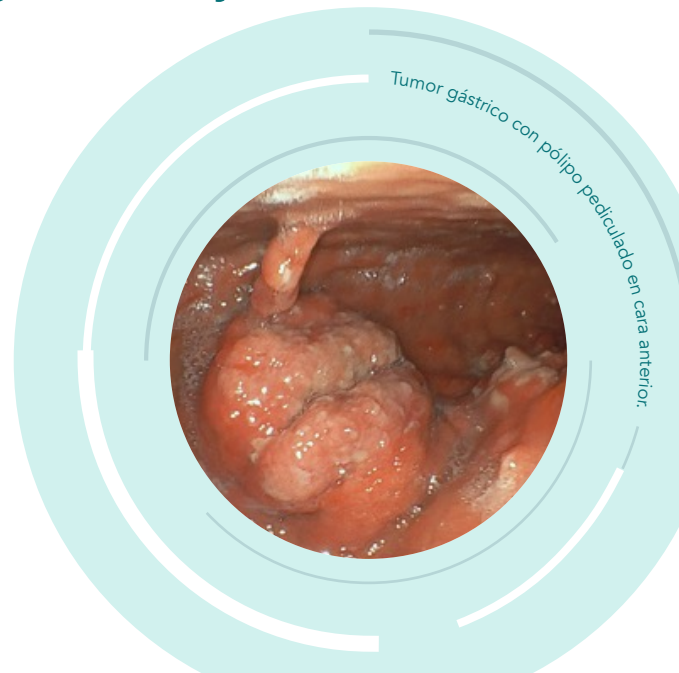
GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

EN VÍA BILIAR

Ascaridiasis biliar como hallazgo inusual en la colangiografía endoscópica: cómo sospecharla, hacer diagnóstico y tratarla

El efecto de las terapias endoscópicas bariátricas y metabólicas en la ERGE

- ▶ Cápsula endoscópica panentérica: ¿estamos listos para cambiar el paradigma?
- ▶ Pólipos hiperplásicos asociados a adenocarcinoma gástrico



Tumor gástrico con póipo pediculado en cara anterior.



DIRECTORIO

Presidente de la AMEG:

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

Coordinación Editorial:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

Dra. Alejandra Noble Lugo

Diseño Editorial y diagramación:

D.G.E. A. Cynthia Castañeda Hernández

Edición y corrección de estilo:

Lic. Alejandro Figueroa López

Colaboradores:

Dr. Hugo Javier Albores Velázquez

Dr. Dante Bacarreza Nogales

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Daniel Muñoz Fuentes

Dra. Viridiana Oregel Aguilar

Dr. Pedro Luis Pérez Santos

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dr. José Alberto Romero Lozanía

Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez

Dr. Juan Carlos Silis Cravioto

Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Julio César Zavala Castillo

GEMA. Gaceta Endoscópica Mexicana

es una publicación mensual de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y del Colegio de Profesionistas.

Permiso en trámite.

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL
Dr. José Guillermo de la Mora Levy

6 ENDOSCOPIG

¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?
7 Resumen 1.0. Ergonomía en endoscopia: ¿qué recordar?
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA
11 El efecto de las terapias endoscópicas bariátricas y metabólicas en la ERGE
Dr. Andrés Rodríguez Parra

CÁPSULA ENDOSCÓPICA
17 Cápsula endoscópica panentérica: ¿estamos listos para cambiar el paradigma?
Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO
20 Ultrasonido endoanal en la evaluación de fístulas perianales: un método para diferenciar entre pacientes con y sin enfermedad de Crohn
Dr. José Alberto Romero Lozanía / Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz / Dr. Julio César Zavala Castillo / Dr. Pedro Luis Pérez Santos / Dr. Juan Carlos Silis Cravioto / Dr. Daniel Muñoz Fuentes / Dra. Viridiana Oregel Aguilar

EN VÍA BILIAR
23 Ascaridiasis biliar como hallazgo inusual en la colangiografía endoscópica: cómo sospecharla, hacer diagnóstico y tratarla
Dr. Jony Cerna Cardona / Dr. Hugo Javier Albores Velázquez

CALIDAD EN ENDOSCOPIA
27 Indicadores de calidad en ultrasonido endoscópico
Dra. Mónica Reyes Bastidas

ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA
29 Revisión de la literatura: utilidad endoscópica e histológica de la endoscopia transnasal en esofagitis eosinofílica pediátrica
Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez / Dr. Dante Bacarreza Nogales

PÓLIPOS
32 Pólipos hiperplásicos asociados a adenocarcinoma gástrico
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

MEDI-CINE
35 El régimen
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Saludos a todos nuestros asociados:

Tengo una gran satisfacción de compartirles la muy exitosa participación de nuestra querida Asociación, a través de varios de sus miembros, en la Semana de Enfermedades Digestivas (DDW, por sus siglas en inglés), realizada el mes pasado en Washington, D.C.

Me enorgullece informarles que la sesión conjunta ASGE-AMEG resultó un éxito, con una ocupación de más del 75% del salón donde se llevó a cabo. No sólo mexicanos sino asistentes de otras nacionalidades, incluyendo chinos, hindúes, norteamericanos (sí, no es algo obvio) e, incluso, endoscopistas legendarios como el Dr. Kenneth Binmoeller. La coordinación estuvo a cargo de la Dra. Pableen Chahal, Directora de Endoscopia de la Cleveland Clinic, en representación de la ASGE; el Dr. Vinay Dhir de Mumbai, India, en representación del Comité Internacional de la ASGE; y un servidor, representando a la AMEG. Los ponentes fueron la Dra. Katia Picazo, la Dra. Maricarmen Manzano, el Dr. Enrique Murcio, el Dr. Miguel Tanimoto y el propio Dr. Vinay Dhir. Recibimos felicitaciones y altas calificaciones por parte de la ASGE por la organización y calidad de las presentaciones, y tenemos la certeza de que esta sesión conjunta continuará como un evento anual consolidado.

Por otra parte, una de nuestras destacadas socias, la Dra. Patricia Carvallo, fue distinguida con un diploma como una de las mejores revisoras internacionales de la revista *Gastrointestinal Endoscopy* (GIE), mientras que otra de nuestras asociadas residentes recibió la distinción de presentar su trabajo de manera oral durante la Sesión Presidencial de la ASGE, en

la cual se presentan los mejores trabajos de la DDW. Su trabajo analizó la utilidad de la colonoscopia con Inteligencia Artificial en la detección de pólipos en población hispana (mexicana). Todas las novedades y avances fueron revisados por nuestros expertos nacionales y les serán presentadas durante ECOS Endoscópicos Internacionales el mes que viene.

Les comparto que tuvimos reuniones con la Industria, la SIED y la ASGE, con miras a continuar nuestra relación académica y el apoyo de nuestros eventos académicos, incluyendo varias posibilidades de aprendizaje con nuevas tecnologías que se irán incorporando gradualmente a nuestra AMEG.

Aprovechamos para recordarles nuestra segunda reunión EndoTapatía, que se llevará a cabo del 13 al 15 del presente mes en el Hotel Victoria Ejecutivo en Guadalajara, con la participación de siete endoscopistas del extranjero, así como quince profesores nacionales, dos comidas-simposio y dos días de talleres *Hands-On*.

Agradecemos su participación y seguimos invitando a estar pendientes de todos los eventos en línea y los miércoles de Journals Club.

Finalmente, les recordamos nuestros ECOS Endoscópicos Internacionales el 18 y 19 de julio y, por supuesto, reiteramos el apoyo total de la industria y de las autoridades estatales a nuestro magno evento, la LII Reunión Nacional, a realizarse del 12 al 16 de septiembre en Acapulco, Guerrero.

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

Presidente de la AMEG



Dra. Patricia Carvalho



Dra. Beatriz Sánchez Jiménez



ameg
2023-2024

CONVOCATORIA PARA REGISTRO DE TRABAJOS DE INGRESO, LIBRE ORAL, VIDEO Y CARTEL



LII
Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Ingresa tu trabajo a la plataforma que se encontrará en
www.amegendoscopia.org.mx

a partir del 01 al 30 de junio de 2024

Ulsen® PCS

El IBP preciso

Es clave en el tratamiento de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Ulsen® PCS

Promueve la **rápida cicatrización** y **pronto alivio** de la pirosis y regurgitación.



95 años
Senosiain®



Ulsen PCS-01A-22
NO. DE ENTRADA: 223300202C9844

Revisar IPP:



Senosiain®

Acerca de las intervenciones vasculares guiadas por ultrasonido endoscópico

La terapia guiada por ultrasonido endoscópico se ha expandido rápidamente en el campo del intervencionismo vascular. Un ejemplo es el manejo de la hemorragia variceal, aunque existen otras patologías y abordajes posibles.

En la hemorragia no variceal, del 10% al 24% de los casos de resangrado es refractario al tratamiento estándar. La angiografía guiada por ultrasonido endoscópico puede ser benéfica al visualizar directamente los vasos sanguíneos involucrados, como es el caso de los pseudoaneurismas de arterias viscerales, lesiones de Dieulafoy o tumores con hemorragia.

Aunque existen cohortes con pocos pacientes, el abordaje con ultrasonido endoscópico pudiera ser considerado como tratamiento de rescate.

En el acceso a la vena porta, hay varias aplicaciones clínicas potenciales como angiografía, medición del gradiente de presión, TIPS guiados por USE, evaluación de cáncer gastrointestinal, inyección de quimioterapia o embolización.

Existen reportes de casos aislados de biopsias guiadas por USE de tumores intracardíacos/pericárdicos, así como aspiración de derrame pericárdico.

¿Quieres saber más?

- Dhar J, Samanta J. *Endoscopic ultrasound-guided vascular interventions: an expanding paradigm*. World J Gastrointest Endosc 2023 April 16;15(4):216-239.
- No te pierdas el módulo de ultrasonido endoscópico de ENDOTAPATÍA del 13 al 15 de junio de 2024 en Guadalajara, México.



Síguenos: @endosco_pig



Ergonomía en endoscopia: ¿qué recordar?

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

En entregas pasadas hemos visto cómo el no prestar atención en la ergonomía puede afectar a nuestra salud de forma lenta y crónica. ¿Te habías puesto a pensar en esto antes? Ahora podemos considerar que ese dolor de muñecas, codos, pulgares o cuello tiene una causa y esa causa es lo que más disfrutamos: la endoscopia.

Varias de las principales molestias están relacionadas directamente con estudios prolongados, número de procedimiento al día (semana), mala posición al momento de realizar los estudios, salas de endoscopia no pensadas en la ergonomía, experiencia y factores físicos de las personas.

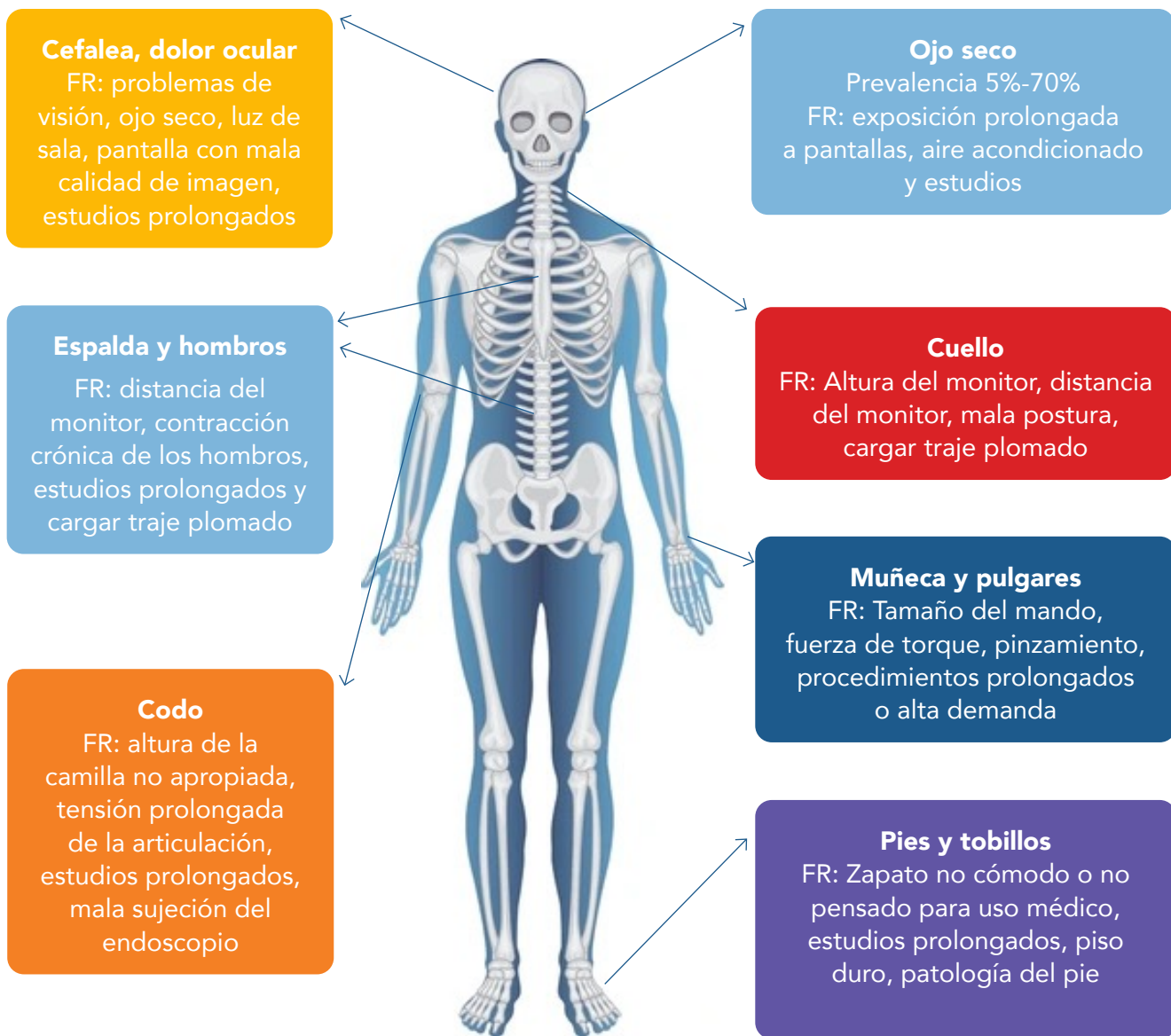
Otros factores son sobrepeso y obesidad, falta de condición física, falta de descansos entre procedimientos y el no saber de ergonomía, entre otros.

He decidido dejar para este momento un resumen de lo que hemos visto hasta ahora. ¿La razón? Pasaremos a las recomendaciones que nos dirán cómo podemos mejorar nuestro entorno de trabajo, cómo pensar en nuestra salud y en la de nuestro equipo (asistentes, técnicos, residentes).

Más información de lo previamente mencionado, la puedes encontrar en las entregas anteriores. Quizá sea necesario que en nuestro país ajustemos una guía acorde a nuestro tipo de población.



Imagen 1. Ejemplos de posiciones álgicas después de una jornada de trabajo. Imágenes creadas por MAHS mediante IA.



FR: FACTORES DE RIESGO.

Ilustración 1. Principales zonas afectadas. Esquema elaborado por el Dr. Miguel A. Herrera Servín.

Tiene las siguientes ventajas:

- ✓ No absorbible (<1%)
- ✓ Amplio espectro bacteriano frente Gram positivos y negativos
- ✓ Altas concentraciones en la luz intestinal
- ✓ No provoca alteraciones importantes en la microbiota intestinal

Las recomendaciones para el uso de antibióticos se basan en la relación propuesta entre **el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado y la malabsorción o la producción excesiva de gas.**



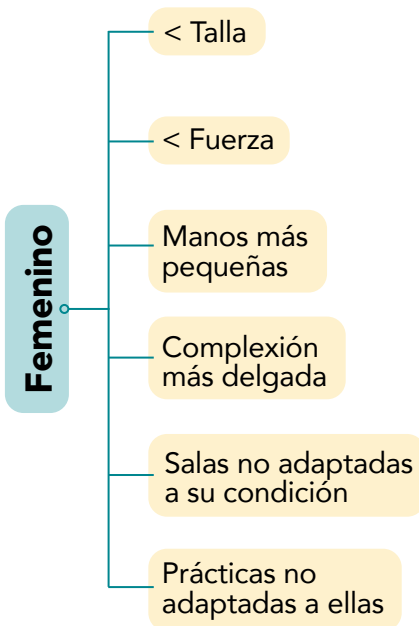


Ilustración 2. Razones que nos dicen por qué debemos tomar en cuenta el género al momento de hablar de ergonomía. Esquema realizado por MAHS.

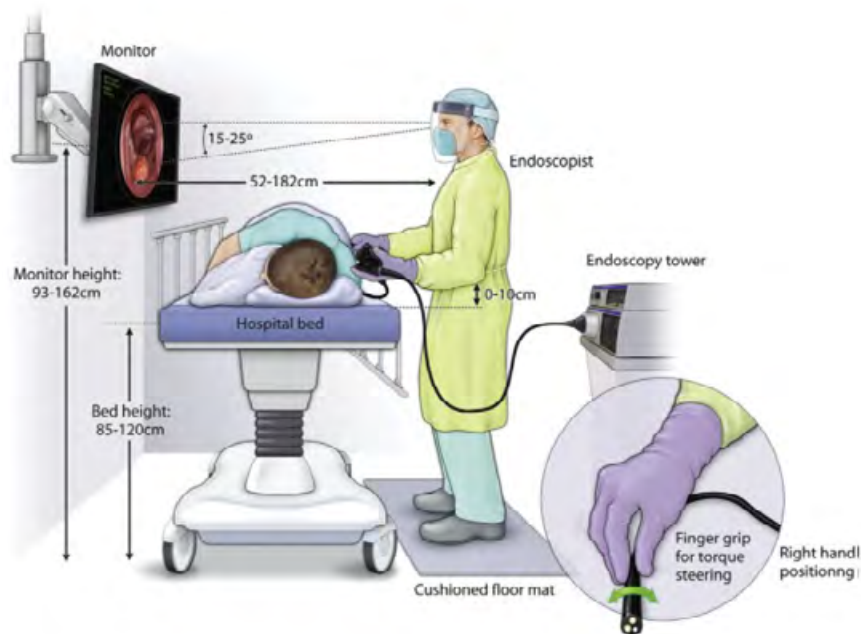


Ilustración 3. Ejemplo de cómo deberían estar colocados la torre, el paciente y nosotros.

Journal Club desde Birmingham

Novedades en Endoscopia

Miércoles 5 de junio, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

Sigue la transmisión en vivo youtube.com/@ameg-cp

 **ameg**
2023-2024



El efecto de las terapias endoscópicas bariátricas y metabólicas en la ERGE

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Hospital Santa Inés, Ecuador

La obesidad es una enfermedad metabólica compleja asociada a varios problemas de salud, incluyendo diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, apnea obstructiva del sueño y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Los tratamientos disponibles actualmente para combatir la obesidad se basan en realizar modificaciones del estilo de vida, control de la dieta y educación nutricional, ejercicio y medicación, pero estos métodos a menudo no resultan en una pérdida de peso efectiva y la persistencia de las comorbilidades es un problema, incluso, si hay un efecto sobre la pérdida de peso.

La cirugía bariátrica, indicada para tratar la obesidad extrema y las enfermedades metabólicas que la acompañan, tiene buenos resultados, pero algunos pacientes no eligen este tratamiento debido a su costo y al ser considerado un método demasiado invasivo.

En la actualidad, se han desarrollado terapias endoscópicas con el fin de obtener resultados comparables al de la cirugía bariátrica, pero superiores en accesibilidad y seguridad. Los disponibles hoy en día y más difundidos son el balón intragástrico (BIG) y procedimientos de remodelamiento gástrico con sutura, especialmente la gastroplicatura endoscópica.

Los tratamientos endoscópicos reducen el peso y mejoran las complicaciones asociadas a la obesidad; sin embargo, pueden provocar eventos adversos como náuseas, dolor abdominal y ERGE. Esta última puede disminuir cuando se realizan procedimientos endoscópicos, ya que puede remitir tras la baja de peso.

Estudios recientes han sugerido que cambios anatómicos asociados con la cirugía bariátrica (especialmente la manga y banda gástricas) pueden empeorar los síntomas de reflujo o pre-

SESIÓN MENSUAL

06
JUNIO / 20:00 hrs.


Profesor Extranjera:
Dr. Andrés Gelrud MD, MMSc
MIAMI CANCER INSTITUTE, MIAMI BAPTIST CENTER.

COMPLICACIONES AGUDAS DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Coordinadores Nacionales:
Dr. Eduardo Toríces Escalante
Dr. José de Jesús Herrera Esquivel

Ingresar a través de: <https://www.amegendoscopia.org.mx/>

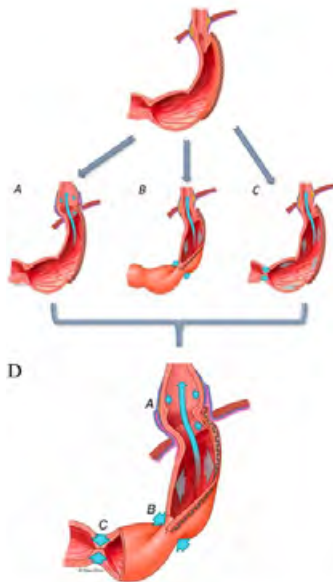


Imagen 1. Mecanismos de producción de reflujo gastroesofágico posterior a gastrectomía vertical en manga: **A)** Disrupción de la barrera antirreflujo; **B)** Hiperpresurización de la cámara proximal; **C)** Hiperpresurización de la cámara distal; **D)** Componente mixto. Tomado de: Brunaldi, Vitor & Ghanem, Omar & Abu Dayyeh, Barham. *Physiological Archetypes of de novo Gastroesophageal Reflux Disease After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy*. Foregut: The Journal of the American Foregut Society (2023).

sentar síntomas de novo en pacientes asintomáticos (Imagen 1). El mecanismo de los procedimientos endoscópicos en el desarrollo de la ERGE no está claro y sólo pequeños estudios han indicado que los cambios anatómicos asociado con estos procedimientos pueden agravar la ERGE.

A medida que aumenta la población con sobrepeso y obesidad, aumentan gradualmente las alternativas endoscópicas. Por lo tanto, el manejo de las complicaciones relacionadas con estos métodos se perfila como una cuestión importante. Desafortunadamente, muy pocos estudios han informado sobre los efectos de las terapias endoscópicas en el desarrollo de la ERGE. No existe ningún estudio controlado aleatorio sobre la aparición de la ERGE según el tipo de procedimiento.

1) Balón intragástrico (BIG)

El BIG se utiliza ampliamente en la práctica clínica. Su efecto radica en ocupar espacio en el estómago para reducir la ingesta de alimentos, al mismo tiempo que retarda el vaciamiento gástrico y, por consiguiente, la pérdida de peso (Imagen2).

La eficacia del BIG ha sido demostrada en muchos estudios. Seis meses del tratamiento con BIG produjeron una pérdida de peso promedio de 14.7 kg y una disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) en 5.7 kg/m². Otra revisión sistemática



PROGRAMA

LÍDER

COLONOSCOPIA

Curso Internacional

Curso Teórico en línea
27 de mayo al 03 de junio de 2024

Curso Práctico presencial
que se llevará a cabo del 07 y 08 de junio de 2024

ameg
2023 - 2024

Con valor de **20 puntos** para la recertificación de "Actividades de Educación Médica Continua"



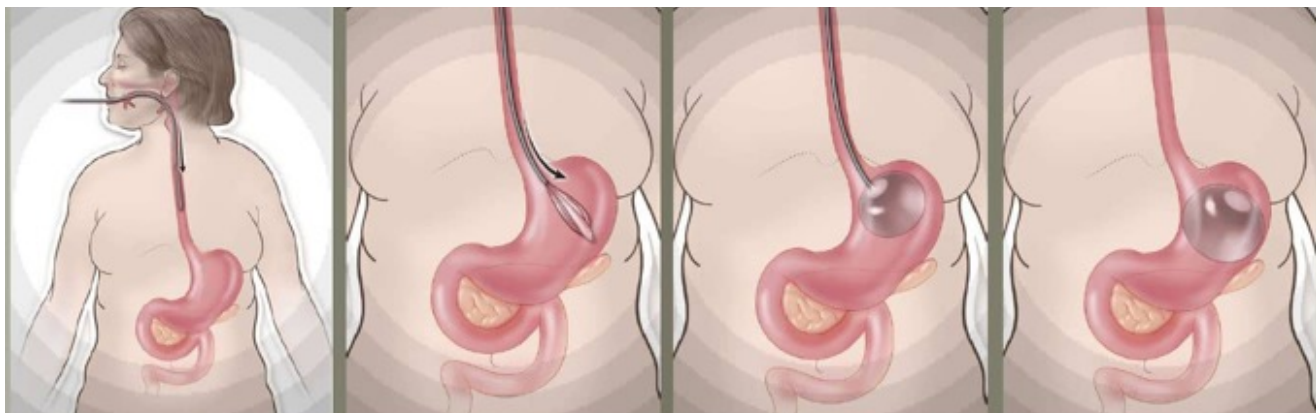


Imagen 2. Ilustración de la implantación endoscópica de un balón gástrico.

ca mostró que los cambios medios de peso y el IMC fueron de 15.7 kg y 5.9 kg/m², respectivamente, después de seis meses. Muy pocos estudios han investigado los efectos de los métodos endoscópicos en el desarrollo de la ERGE, algunos otros son limitados y otros contradictorios.

Tolone y cols. demostraron los efectos de varios procedimientos bariátricos sobre la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), peristaltismo y exposición total al ácido (ETA) utilizando manometría de alta resolución y monitorización de impedancia-pH.

En ese estudio, a trece pacientes se les colocó un balón intra-gástrico mediante endoscopia. Como resultados, la presión del EEI, la ETA y el peristaltismo no cambiaron significativamente después de la colocación de un BIG. El número total de reflujos tampoco fue significativamente diferente antes y después de la colocación de un balón endoscópico. Por el contrario, la ETA y el número total de reflujos aumentaron después la banda gástrica y la gastrectomía en manga.

La cirugía bariátrica transforma la anatomía del estómago e induce cambios fisiológicos para adaptarse a la presión interna.

Estos cambios fisiológicos crean condiciones en las que ocurre la ERGE. Los BIG se pueden retirar si fuese necesario.

Varios otros estudios han informado que los BIG causan ERGE transitoria o a largo plazo. Durante mucho tiempo se ha pensado que la distensión gástrica acelera el reflujo ácido debido a la reducción de la presión del EEI y longitud total del esfínter, y un aumento en la frecuencia de relajaciones transitorias del EEI y secreción de ácido gástrico. Los BIG también pueden inducir distensión gástrica artificial crónica y exacerbar la ERGE a través de los mecanismos anteriores. Sin embargo, la pérdida de peso ocurre después tratamiento con balón, lo que resulta en un patrón en el que los factores inductores de ERGE debidos a la obesidad (aumento de la presión abdominal y relajación transitoria del EEI) se cancelan. Por lo tanto, los parámetros de reflujo ácido mejoran durante la segunda mitad del tratamiento con BIG en comparación con el valor antes del tratamiento.

Otro estudio demostró que la distensión crónica causada por un BIG aumentó el reflujo ácido durante diez semanas después de la colocación del balón, el cual se resolvió después 20 semanas.

Rossi y cols. investigaron la aparición de esofagitis erosiva después del tratamiento con BIG. La proporción de pacientes afectados aumentó significativamente después del tratamiento con BIG, aunque la diferencia fue pequeña. Otra revisión sistémica demostró que la ERGE es una complicación común que experimentan los pacientes tratados con BIG (14.3%), pero la proporción con esofagitis fue relativamente pequeña (2.8%).

Otro estudio examinó cómo el tratamiento con BIG afecta la puntuación de DeMeester. En esa investigación, la presión del EEI no cambió significativamente después del tratamiento con BIG, pero la puntuación de DeMeester aumentó, lo que sugiere que la ERGE causada por el tratamiento con BIG no es simplemente un cambio en la presión del EEI, sino que es causado por otros mecanismos.

Los estudios de metaanálisis han demostrado que la ERGE ocurre de manera diferente según el tipo de BIG y el volumen de llenado. Una revisión sistemática informó que la ERGE ocurrió en sujetos que recibieron tres de los cuatro BIG aprobados por la FDA, como Orbera®, ReShape®, Globo dual® y Obalon®.

En otro metaanálisis, el balón fue bien tolerado independientemente del volumen de llenado, sin diferencia en la tasa de ERGE, sin embargo, la esofagitis se observó con mayor frecuencia con volúmenes de llenado más bajos (<600 ml). La razón no está clara, pero la ubicación en el estómago varía dependiendo del peso del globo, lo que puede cambiar el grado de reflujo gastroesofágico.

2) Gastroplastia endoscópica en manga

La gastroplastia endoscópica (GE) es un método para reducir el volumen del estómago mediante sutura endoscópica. El *bypass* en Y-de-Roux y la gastrectomía vertical (GV) son los métodos más eficaces para perder peso, pero tienen un riesgo relativamente alto y es difícil revertir la cirugía a un estómago con su estructura original. Fayad y cols. demostraron que los pacientes con GE tuvieron una tasa significativamente menor de eventos adversos que los pacientes con GV (5.2% frente a 16.9%, $p < 0,05$).

La GE reduce el espacio intraluminal suturando repetidamente la curvatura mayor del cuerpo del estómago mediante un sistema de sutura endoscópica OverStitch® (Imagen 3). A diferencia

Journal Club de

Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 12 de junio, 21:00 hrs.

Coordinador:

Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión en vivo

 youtube.com/@ameg-cp

 ameg
2009-2024

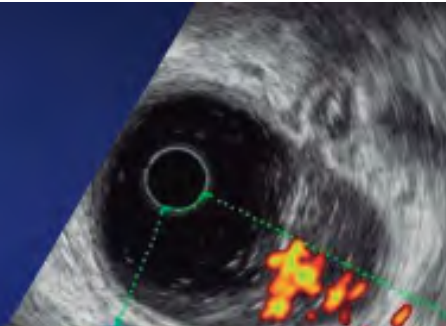




Imagen 3. Esquema de sutura endoscópica con el dispositivo OverStitch.

de la GV, la GE no requiere resección gástrica. El mecanismo de acción consiste en estrechar el espacio intraluminal e inducir una sensación de saciedad temprana, que en última instancia conduce a una reducción de la ingesta de alimentos y pérdida de peso.

Un estudio prospectivo informó que la pérdida media de IMC fue de $7.3 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$ y un porcentaje medio total de pérdida de peso corporal de $18.7 \pm 10.7 \text{ kg}$ después de un año.

Otro estudio prospectivo demostró que la GE altera la fisiología gástrica (retrasa el vaciado gástrico y aumenta la sensibilidad a la insulina) e induce la pérdida de peso corporal en pacientes obesos.

Se han realizado muy pocos estudios sobre los efectos de la GE en la ERGE y los resultados son limitados. En la mayoría

PROGRAMA

LÍDER

LIEEG Endoscopia del Tercer Espacio

Curso Internacional

Curso Teórico en línea
17 al 20 de junio de 2024

Curso Práctico presencial
21 y 22 de junio de 2024

Con valor de **23.5 puntos**,
para la recertificación de
"Actividades de
Educación Médica Continua"

de los casos, estos estudios compararon la aparición de eventos adversos con GV.

La GV puede afectar negativamente a la ERGE. Un metaanálisis mostró que la incidencia combinada de síntomas de ERGE de nueva aparición es del 20% después de la GV. Duplee y cols. demostraron que la gastrectomía laparoscópica en manga (LSG, por sus siglas en inglés) no mejora los síntomas de ERGE en pacientes obesos sino, más bien, puede inducir ERGE en algunos pacientes previamente asintomáticos. Por lo tanto, el ERGE preoperatorio se asocia con un peor resultado después de la GV. Un consenso de expertos indicó que la ERGE es una contraindicación para la GV.

Fayad y cols. mostraron cómo la GE y la GV afectan la ERGE. En ese estudio, las proporciones de los pacientes con ERGE al inicio del estudio fueron similares en los dos grupos (GE versus GV); sin embargo, la ERGE de nueva aparición fue significativamente menor en el grupo GE que en el grupo GV (1.9% frente a 14.5%, $p < 0.05$). La razón por la que la frecuencia de ERGE fue muy baja en los GE grupo se debe a que el fondo del estómago fue preservado y la innervación neuronal de se mantuvo el estómago.

Conclusiones

Aunque se han publicado muchos estudios sobre las terapias endoscópicas bariátricas, los estudios que muestran el efecto de estas sobre la ERGE son raros. Además, la mayoría de los resultados publicados simplemente presentan la frecuencia de la ERGE como evento adverso después del tratamiento.

Los BIG pueden tener algunos efectos sobre la aparición de ERGE, sin embargo, el mecanismo sigue siendo controvertido. La distensión gástrica es inducida por un BIG y se cree que una disminución de la presión del EEI es el principal motivo de la ERGE. También se espera que BIG reduzca el umbral la

presión transitoria del EEI e induzca regurgitación, creando un ambiente propenso para la ERGE.

Los criterios de la GE tienen poco efecto sobre la aparición de la ERGE. Se han publicado muchos menos estudios sobre GE que sobre BIG y la mayoría no mencionan la ERGE. En particular, confirmamos que la aparición de ERGE fue mucho más más bajo que el de la GV. Se necesitan más estudios específicos que determinen puntualmente el papel de estas alternativas sobre la presentación de la enfermedad.

Bibliografía recomendada

1. Kim SY. *The Effect of Endoscopic Bariatric and Metabolic Therapies on Gastroesophageal Reflux Disease*. Medicina (Kaunas). 2021 Jul 21;57(8):737.
2. Tolone, S.; Savarino, E.; de Bortoli, N.; Frazzoni, M.; Frazzoni, L.; Savarino, V.; Docimo, L. *Esophageal High-Resolution Manometry Can Unravel the Mechanisms by Which Different Bariatric Techniques Produce Different Reflux Exposures*. J. Gastrointest. Surg. 2020, 24, 1–7.
3. Rossi, A.; Bersani, G.; Ricci, G.; Petrini, C.; DeFabritiis, G.; Alvisi, V. *Intra-gastric balloon insertion increases the frequency of erosive esophagitis in obese patients*. Obes. Surg. 2007, 17, 1346–1349.
4. Fayad, L.; Adam, A.; Schweitzer, M.; Cheskin, L.J.; Ajayi, T.; Dunlap, M.; Badurdeen, D.S.; Hill, C.; Paranjy, N.; Lalezari, S. *Endoscopic sleeve gastropasty versus laparoscopic sleeve gastrectomy: A case-matched study*. Gastrointest. Endosc. 2019, 89, 782–788.
5. Mohan, B.P.; Asokkumar, R.; Khan, S.R.; Kotagiri, R.; Sridharan, G.K.; Chandan, S.; Ravikumar, N.P.; Ponnada, S.; Jayaraj, M.; Adler, D.G. *Outcomes of endoscopic sleeve gastropasty: how does it compare to laparoscopic sleeve gastrectomy? A systematic review and meta-analysis*. Endosc. Int. Open 2020, 8, E558–E565.
6. Lopez-Nava, G.; Galvao, M.; Bautista-Castano, I.; Fernandez-Corbelle, J.P.; Trell, M. *Endoscopic sleeve gastropasty with 1-year follow-up: Factors predictive of success*. Endosc. Int. Open 2016, 4, E222–E227.
7. Abu Dayyeh, B.K.; Acosta, A.; Camilleri, M.; Mundi, M.S.; Rajan, E.; Topazian, M.D.; Gostout, C.J. *Endoscopic Sleeve Gastropasty Alters Gastric Physiology and Induces Loss of Body Weight in Obese Individuals*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2017, 15, 37–43.e1.

Cápsula endoscópica panentérica: ¿estamos listos para cambiar el paradigma?

Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, CDMX

En el ámbito endoscópico, el lanzamiento de la cápsula endoscópica (CE) al inicio del siglo XXI marcó un antes y un después en el abordaje del intestino delgado (ID). La primera CE, con una sola cámara, se desarrolló inicialmente como una posibilidad para realizar un abordaje no invasivo de la boca al ano (M2A, *mouth-to-anus* -en inglés- por Given Diagnostic Imaging, Yokneam, Israel). A través de los años se desarrollaron las CE con doble cámara (Imagen 1), con una capacidad para tomar un mayor número de imágenes, con un mayor tiempo de duración de la batería y un ángulo de visión más amplio para favorecer una cobertura de toda la superficie colónica.

En la Tabla 1 se muestran las CE de doble cámara actualmente disponibles. El estudio de Rosa B y col, publicado el mes de marzo pasado en la sección “Editorial” del *World Journal of Gastroenterology*,¹ así como otras publicaciones,²⁻⁴ confirman que el estudio de todo el sistema digestivo parece ser ahora técnicamente posible.

Sin embargo, podríamos preguntarnos: A pesar de que una exploración panentérica sea técnicamente posible, ¿debería considerarse clínicamente confiable?

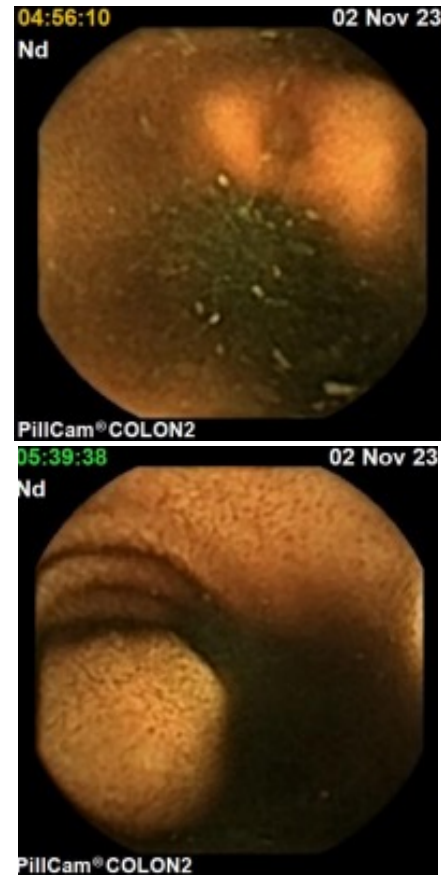


Imagen 1. CE de doble cámara (cámaras amarilla y verde).

Tabla 1. Aspectos técnicos de las CE de doble lente disponibles para realizar una CE panentérica.

	PillCam COLON2™ (Medtronic, Given Imaging Inc.)	PillCam Crohn™ (Medtronic, Given Imaging Inc.)	OMOM CC™ (Jinshan)
Dimensiones (mm)	11.6 x 32.3	11.6 x 32.3	11.6 x 31.5
Domos ópticos	2	2	2
Resolución (píxeles)	256 x 256	256 x 256	360 x 360
Ángulo de visión (grados por lado)	172	168	172
Número de imágenes (por segundo)	4-35	4-35	4-35
Modo de hibernación	Sí	No	No
Duración de batería (horas)	>=10	>=10	>=10

Existen numerosos factores clave que garantizan una exploración completa y de toda la superficie intestinal. Este es el caso de la preparación intestinal.

Para una CE panentérica, a diferencia de una CE de ID, un protocolo de limpieza más exhaustivo es mandatorio. Se han propuesto algunos esquemas de preparación intestinal por distintos autores,^{1,3} que requieren de una dieta baja en fibra desde dos días previos, seguida de una dieta líquida y una dosis dividida de polietilenglicol (PEG), además de la administración de *boosters*, antiespumantes (simeticona), fosfato de sodio (NaP) y bisacodilo en diferentes momentos para favorecer una adecuada visualización.

Sin embargo, por lo informado en revisiones sistemáticas y metaanálisis,⁵ todavía existe una necesidad aún no satisfecha

con respecto a la elaboración de un protocolo de preparación intestinal más efectivo.

En cuanto a la aplicación clínica, solamente existen dos nichos estudiados para este abordaje: la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la hemorragia digestiva (de ID o bajo). En la EII, específicamente la Enfermedad de Crohn (EC), se reserva para aquellos pacientes con diagnóstico establecido de EC a quienes se les haya realizado ileocolonoscopia y estudios de imagen como enterografía por tomografía o resonancia magnética, para evaluar el ID y excluir los fenotipos estenosantes y/o penetrantes de la enfermedad.

La CE panentérica parece especialmente tentadora para monitorizar la progresión de la enfermedad y evaluar la curación de la mucosa en respuesta al tratamiento, sobre todo en aque-

llos con afectación extensa (ID y colon), en donde la ventaja radica en que tanto el ID y colon podrían examinarse en un solo procedimiento que además sea seguro y cómodo para el paciente, sin necesidad de sedación, exposición a radiación o múltiples visitas a la unidad de endoscopia.

En el escenario de la hemorragia digestiva (específicamente en anemia por deficiencia de hierro y hemorragia digestiva, ya sea evidente u oculta) se propone la CE panentérica como estudio de primera línea cuando la panendoscopia ha resultado negativa, sin necesidad de realizar después una colonoscopia, contrario a lo que dictan actualmente las guías de práctica clínica.

Este razonamiento se basa en que algunos estudios han demostrado que el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia es bastante bajo, sobre todo en los casos que se presentan con melena.⁶ En otro estudio publicado recientemente por Rosa B y col,⁷ se describió este rendimiento diagnóstico para lesiones potencialmente hemorrágicas por colonoscopia del 23%, a diferencia del 44% de la CE panentérica con una $P < 0.001$. La colonoscopia tuvo una sensibilidad de 50%, especificidad 100%, valor predictivo positivo 100% y valor predictivo negativo 70.1%. Los resultados para la CE panentérica fueron 95.7%, 100%, 100% y 96.4%, respectivamente.

La idea pareciera tentadora: una visualización completa de todo el tracto gastrointestinal en un solo procedimiento no invasivo, que pudiera redireccionar a un número más pequeño de pacientes a un procedimiento terapéutico invasivo de segunda línea.

Sin embargo, a pesar de todos los puntos fuertes que se le atribuyen a la CE, hay muchos factores (técnicos, clínicos, ad-

ministrativos y de costo-efectividad) que debemos considerar antes de embarcarnos en este viaje al futuro que conduciría a un cambio radical en nuestro proceder en la práctica endoscópica.

Sin duda, estudios como los comentados en esta publicación abren una puerta de oportunidad para considerar la aplicabilidad de una panenteroscopia inicialmente en un subgrupo específico de pacientes y, después de solventar sus limitantes, extenderla a una población cada vez más amplia.

Referencias

1. Rosa B, Cotter J. Capsule endoscopy and panendoscopy: A journey to the future of gastrointestinal endoscopy. *World J Gastroenterol* 2024; 30(10): 1270-1279.
2. Rosa B, Andrade P, Lopes S, Gonçalves AR, Serrazina J, Marílio Cardoso P, Silva A, Macedo Silva V, Cotter J, Macedo G, Figueiredo PN, Chagas C. Pan-Enteric Capsule Endoscopy: Current Applications and Future Perspectives. *GE Port J Gastroenterol*. 2023 Oct 16;31(2):89-100.
3. Vuik FER, Moen S, Nieuwenburg SAV, et al. Applicability of colon capsule endoscopy as panendoscopy: from bowel preparation, transit- and rating times to completion rate and patient acceptance. *Endoscopy Intern Open* 2021; 09: E1852-E1859.
4. Cortegoso Valdivia P, Elosua A, Houdeville C. et al. Clinical feasibility of panintestinal (or panenteric) capsule endoscopy: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2021; 33: 949-955.
5. Rosa B, Donato H, Cúrdia Gonçalves T, Sousa-Pinto B, Cotter J. What Is the Optimal Bowel Preparation for Capsule Colonoscopy and Pan-intestinal Capsule Endoscopy? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci* 2023; 68: 4418-4431.
6. Etzel JP, Williams JL, Jiang Z, Lieberman DA, Knigge K, Faigel DO. Diagnostic yield of colonoscopy to evaluate melena after a nondiagnostic EGD. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 819-826.
7. Rosa B, Cúrdia Gonçalves T, Moreira MJ, Castro FD, Sousa-Pinto B, Dinis-Ribeiro M, Cotter J. Pan-intestinal capsule endoscopy as first-line procedure in patients with suspected mid or lower gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2024.

Ultrasonido endoanal en la evaluación de fístulas perianales: un método para diferenciar entre pacientes con y sin enfermedad de Crohn

**Dr. José Alberto Romero Lozanía, Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz,
Dr. Julio César Zavala Castillo, Dr. Pedro Luis Pérez Santos,
Dr. Juan Carlos Silis Cravioto, Dr. Daniel Muñoz Fuentes,
Dra. Viridiana Oregel Aguilar**

Típicamente, una fístula se define como una conexión patológica entre dos superficies epitelizadas. En particular, la fístula perianal es una conexión crónica anormal entre la superficie epitelizada del canal anorrectal y, generalmente, la piel perianal.¹

La etiología más frecuente es la criptoglandular, que es responsable del 90% al 95% de los casos, en los cuales, la obstrucción de las criptas conduce a la infección y a la formación de un absceso.

Este absceso sigue el camino de menor resistencia hacia el espacio interesfinteriano y luego se extiende a través de los esfínteres hasta llegar a la piel. Por lo general, drena espontáneamente o mediante incisión, lo que resulta en la formación de una fístula debido a la epitelización del tracto. Otras causas menos frecuentes incluyen la enfermedad de Crohn, traumatismos, cirugías previas e infecciones específicas, como la actinomicosis y la tuberculosis, que son particularmente raras en el mundo occidental.²⁻⁴

El proceso etiológico de las fístulas en la enfermedad de Crohn implica una predisposición genética, disregulación inmunitaria y una respuesta anormal inducida por el microbioma. A diferencia de las fístulas de origen criptoglandular, que siguen la secuencia de infección-absceso-fístula, las fístulas perianales en la enfermedad de Crohn pueden surgir debido a una inflamación penetrante transmural en el canal anal.⁵

Aunque tanto las fístulas criptoglandulares como las asociadas a la enfermedad de Crohn pueden parecer similares macroscópicamente, difieren considerablemente en su complejidad, en la respuesta al tratamiento y en la tasa de curación. Por lo tanto, es de vital importancia diferenciar entre estos dos tipos de fístulas.⁶

El ultrasonido endoanal es una de las modalidades de imagen de primera línea para la evaluación preoperatoria de pacientes con fístulas perianales tanto de etiología criptoglandular como por enfermedad de Crohn.^{7,8} Durante el examen de ultrasonografía endoscópica (USE), la apariencia clásica de las

fistulas corresponde a trayectos o perlas hiperecogénicas dentro de un trayecto más grande ipoecogénico correspondiente a aire dentro de una fístula activa.⁹

Ante la necesidad de diferenciar las fistulas perianales por enfermedad de Crohn de aquellas de origen criptoglandular, varios estudios han descrito signos ecográficos específicos observados en pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal.

Un estudio realizado por Blom y colaboradores en el año 2011 describió que la presencia de dos de los siguientes tres signos ecográficos: bifurcación o tracto secundario, diámetro mayor a 3 mm y contenido hiperecoico dentro del tracto, era indicativa de enfermedad de Crohn. En cambio, la presencia de un solo signo o ninguno indicaba una fístula criptoglandular.¹⁰

Un año después, Zawadzki y colaboradores describieron el signo CUFS (tracto fistuloso ipoecogénico con borde ipoecogénico regular rodeado por un área hiperecogénica) al estudiar a pacientes con fístula perianal por EC (n=29) y pacientes con fístula por afección criptoglandular (n=128). Al final, su análisis mostró una sensibilidad del 69% y una especifici-

dad del 98% para el diagnóstico de fistulas por enfermedad de Crohn.¹¹

Posteriormente, en 2018, Luglio y colaboradores estudiaron cuatro signos ecográficos de fístula anal (CUFS, doble trayecto, presencia de detritos y ancho del trayecto) en 33 pacientes con enfermedad de Crohn y 125 pacientes sin enfermedad de Crohn. Los autores concluyeron que un diámetro superior a 4 mm es el signo más indicativo de la enfermedad cuando se consideran variables individuales (sensibilidad del 81% y especificidad del 97%).¹²

Recientemente, De la Portilla y colaboradores describieron en 2023 el "signo del rosario", el cual se define como una imagen de un halo hipoeicoico discontinuo, observado frecuentemente en el espacio interesfinteriano, que adopta una forma similar a una "cuenta de rosario" y se localiza circunferencialmente en la mitad superior del canal anal.

El signo fue identificado tras analizar 287 pacientes con fístula perianal criptoglandular y 76 pacientes con fístula perianal por enfermedad de Crohn. En 120 pacientes se detectó el "signo del rosario", de los cuales 37 tenían enfermedad de Crohn y 83 no la tenían. En contraste, de los 243 pacientes

Journal Club desde Birmingham Novedades en Endoscopia

Miércoles 19 de junio, 21:00 hrs.

Coordinador:

Dr. Sergio Sánchez Luna

Sigue la transmisión
en vivo

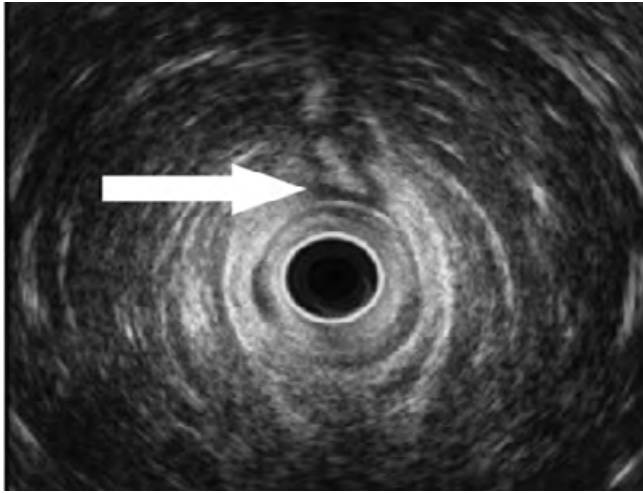


youtube.com/@ameg-cp



ameg
2023-2024





en los que no se observó el signo, 204 (84%) no tenían enfermedad de Crohn y solo 39 (16%) sí la tenían. El estudio de regresión logística mostró que el signo era un predictor de la enfermedad de Crohn ($p=0.001$), con una razón de probabilidades de 2.33 (1.39–3.91). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión fueron del 38.68%, 71.08%, 30.83%, 83.95% y 66.39%, respectivamente.¹³

En conclusión, la evaluación preoperatoria de las fístulas perianales mediante técnicas de imagen es esencial. El ultrasonido endoscópico endoanal es uno de los métodos de elección, permitiendo la identificación de signos ecográficos específicos que diferencian entre ambas etiologías y guían un tratamiento más preciso y eficaz.

Esta herramienta está disponible en el Hospital General de México, tanto en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal mediante sondas flexibles, como en el Servicio de Coloproctología mediante sondas rígidas.

Referencias

1. Włodarczyk M, Włodarczyk J, Sobolewska-Włodarczyk A, Trzciński R, Dzikowski Ł, Fichna J. *Current concepts in the pathogenesis of cryptoglandular perianal fistula*. J Int Med Res. 2021;49(2):300060520986669.
2. Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H, Bartholomew A, Schwartz JL, Mellgren A, et al. *Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review*. Tech Coloproctol. 2017;21(6):425-32.
3. Cooper CR, Keller DS. *Perianal Fistulas*. Dis Colon Rectum. 2020;63(2):129-32.
4. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD, Surgeons SPTFoTASoCaR. *Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano*. Dis Colon Rectum. 2011;54(12):1465-74.
5. Tozer PJ, Lung P, Lobo AJ, Sebastian S, Brown SR, Hart AL, et al. *Review article: pathogenesis of Crohn's perianal fistula—understanding factors impacting on success and failure of treatment strategies*.
6. Zhou Z, Ouboter LF, Peeters KCMJ, Hawinkels LJAC, Holman F, Pascutti MF, et al. *Crohn's Disease-Associated and Cryptoglandular Fistulas: Differences and Similarities*. J Clin Med. 2023;12(2).
7. Varsamis N, Kosmidis C, Chatzimavroudis G, Sapalidis K, Efthymiadis C, Kiouti FA, et al. *Perianal fistulas: A review with emphasis on preoperative imaging*. Adv Med Sci. 2022;67(1):114-22.
8. Visscher AP, Felt-Bersma RJ. *Endoanal ultrasound in perianal fistulae and abscesses*. Ultrasound Q. 2015;31(2):130-7.
9. Schwartz DA, Wiersema MJ, Dudiak KM, Fletcher JG, Clain JE, Tremaine WJ, et al. *A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of Crohn's perianal fistulas*. Gastroenterology. 2001;121(5):1064-72.
10. Blom J, Nyström PO, Gunnarsson U, Strigård K. *Endoanal ultrasonography may distinguish Crohn's anal fistulae from cryptoglandular fistulae in patients with Crohn's disease: a cross-sectional study*. Tech Coloproctol. 2011;15(3):327-30.
11. Zawadzki A, Starck M, Bohe M, Thorlacius H. *A unique 3D endoanal ultrasound feature of perianal Crohn's fistula: the 'Crohn ultrasound fistula sign'*. Colorectal Dis. 2012;14(9):e608-11.
12. Luglio G, Giglio MC, Rispo A, Bucci C, Sollazzo V, Castiglione F, et al. *Diagnostic Accuracy of 3-Dimensional Endoanal Ultrasound in Identifying Perianal Crohn's Fistulas*. Dis Colon Rectum. 2018;61(8):931-7.
13. De la Portilla F, Sojo V, Vázquez-Monchul JM, Pintor-Tortolero J, Dios S, Reyes-Díaz ML. *Description of a new ultrasound sign to distinguish Crohn's anal fistula from cryptoglandular fistula: The rosary sign*. Colorectal Dis. 2023;25(7):1446-52.

Ascaridiasis biliar como hallazgo inusual en la colangiografía endoscópica: cómo sospecharla, hacer diagnóstico y tratarla

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. Hugo Javier Albores Velázquez

La ascaridiasis hepatobiliar (AHB) es un tipo de ascariasis humana que ocurre más frecuentemente en países subdesarrollados. Si bien es cierto que la frecuencia en población adulta es baja, siempre debe considerarse su posibilidad en pacientes con obstrucción de la vía biliar procedentes de un medio socioeconómico y ambiental deficitario.^{1,2}

La *Áscaris lumbricoides* (Imagen 1) es el helminto más común en el tracto gastrointestinal humano; se estima que más de mil millones de personas en el mundo están infectados.² Con una inclinación natural a migrar y buscar pequeños orificio, una infestación intensa por gusanos u otras infecciones intestinales de origen viral, bacteriano o parasitario (que provocan una motilidad intestinal alterada) son los requisitos previos habituales para llegar al duodeno desde su hábitat natural, el yeyuno.^{2,3,4}

La reacción del huésped ante un gusano adulto puede, por sí sola, alterar los reflejos vasomotores y las respuestas secretoras que, a su vez, afectan el tono y la motilidad intestinal. Desde el duodeno, puede ingresar a la ampulla de Váter para alojarse a) en la propia ampulla, b) en el conducto biliar co-



Imagen 1. Fotografías de *Áscaris lumbricoides*.⁴

mún, c) en los conductos hepáticos o en cualquier lugar del árbol biliar.^{1,2,4}

La AHB es más frecuente en mujeres (relación mujer/hombre 3:1) y a los 30 años (rango 4-70 años). Las personas que

tienen mayor riesgo son pacientes con antecedentes de colecistectomía, esfinterotomía y/o esfinteroplastía endoscópica, embarazo, presencia de fiebre o uso de anestésicos.

Habitualmente, los pacientes se presentan con cólico biliar agudo, recurrente o continuo, que dura varios días y es secundario a la entrada del gusano en el orificio ampular desde el duodeno. Rara vez es un cuadro de colangitis aguda y una emergencia médica (requiere ingreso, manejo antibiótico y líquidos intravenosos). Ocasionalmente puede ocurrir colecistitis aguda y desarrollo de absceso hepático solitario o múltiples y sepsis.^{2,3,4}

La hemobilia es excepcional en el contexto de una AHB. Para el diagnóstico se requiere de estudios de imagen -ultrasonido (US), tomografía (TAC) o resonancia magnética (RM)- para demostrar el parásito y su movilidad en el interior del conducto (los gusanos entran y salen del conducto en siete días). La persistencia de uno por más de diez días sin cambios en su posición se relaciona con una áscaris muerta y macerada.

Por US, los gusanos suelen observarse como defectos de llenado lisos y lineales con o sin movimiento (Imagen 2) y defecto de llenado paralelo (signo del tracto ferroviario). En la TAC y la RM se pueden observar cómo estructuras cilíndricas tanto en el duodeno como en el orificio papilar (que el US no detecta).^{2,3,4,5} El examen de heces muestra los huevos del parásito y es característica la eosinofilia periférica (dato de laboratorio importante).²

Los pacientes con AHB tienen buen pronóstico y responden al tratamiento conservador con antihelmínticos orales, mientras que, en los que no responden, es necesaria la extracción del parásito por vía endoscópica.

El tratamiento endoscópico se ha convertido en la terapia de primera línea para extraer los parásitos del interior del con-

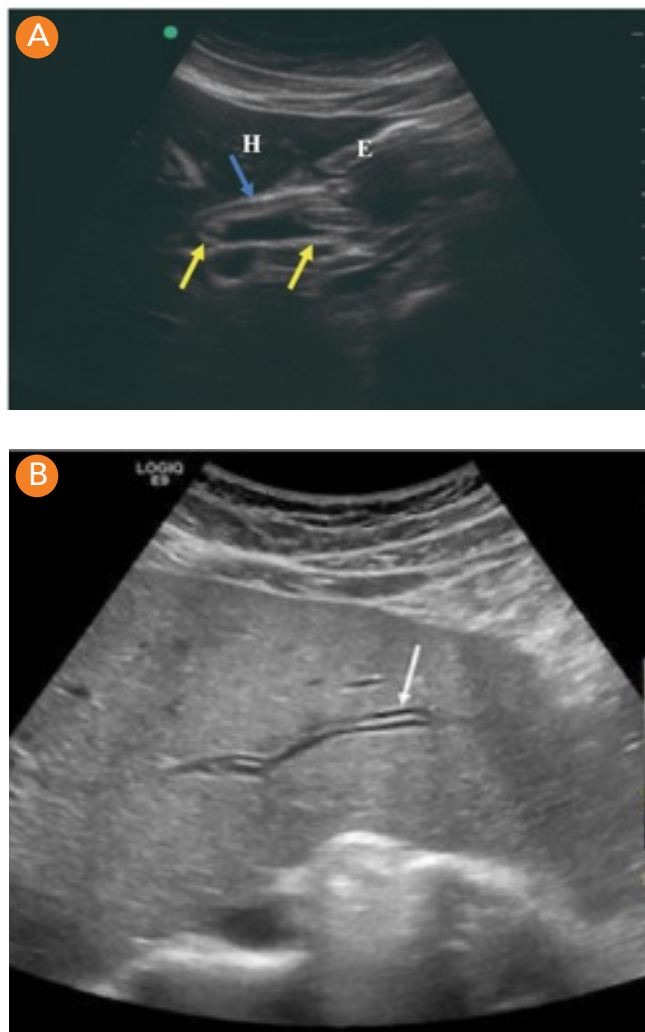


Imagen 2. **A)** Corte longitudinal sobre el colédoco supra-duodenal, en el cual se observa el *Áscaris* plegado sobre sí mismo (flechas amarillas) dentro del colédoco dilatado (flecha azul);⁵ **B)** Ultrasonido que demuestra una lesión hipoeoica de forma tubular en el conducto hepático común y hepático izquierdo.⁴

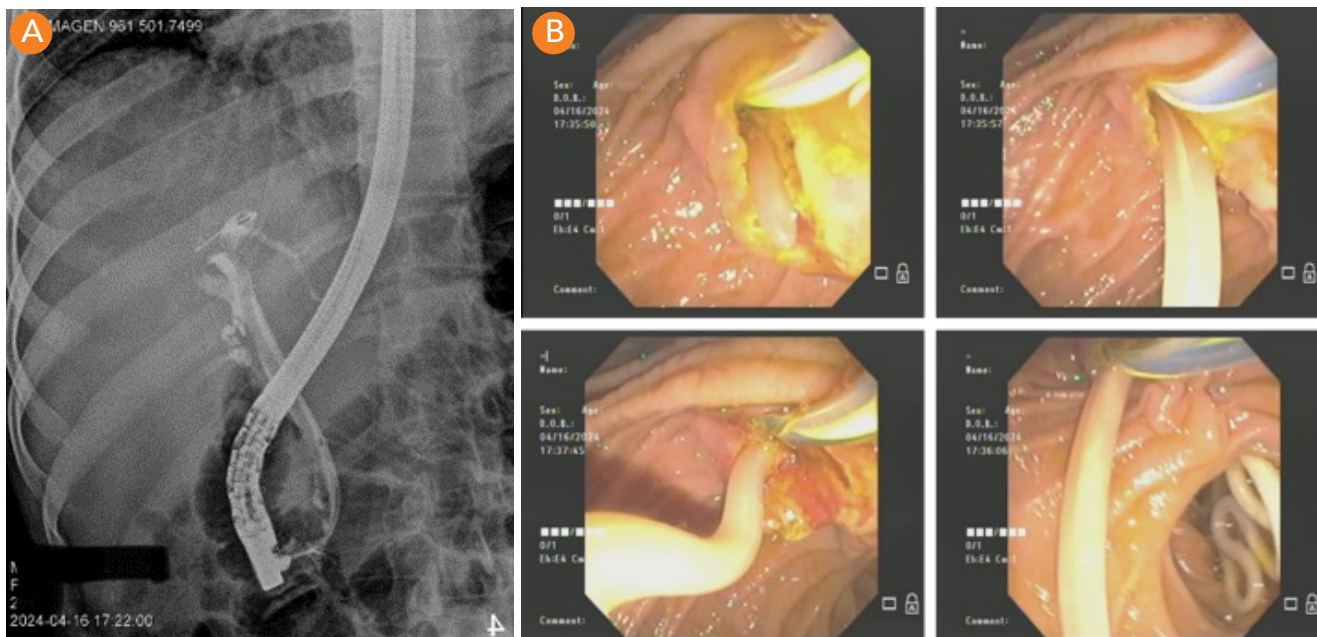


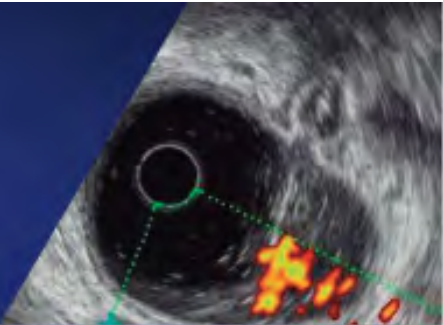
Imagen 3. **A)** Imagen fluoroscópica de una *Áscaris lumbricoide*; **B)** Extracción de *Áscaris* de la vía biliar con catéter de balón. Fotografías cortesía del Dr. Hugo Albores.

Journal Club de
Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 26 de junio, 21:00 hrs.
 Coordinador:
Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión
 en vivo  youtube.com/@ameg-cp

 ameg
 2022-2024



ducto biliar, ya sea con esfinterotomía y/o esfinteroplastia endoscópica con extracción con balón, canastillas o pinzas de cuerpos extraños (Imagen 3), principalmente en pacientes con colangitis biliar aguda o persistencia de los gusanos en el conducto aún después del tratamiento médico. La tasa de éxito de extracción es del 100%, con una morbilidad relativamente baja (colangitis y sepsis).^{1,3,4}

Los pacientes que no responden a estos tratamientos deberán ser resueltos por vía quirúrgica, aunque este procedimiento requiere de una gran experiencia técnica.⁴

Referencias

1. Das AK. *Hepatic and biliary ascariasis*. J Glob Infect Dis. 2014 Apr;6(2):65-72.
2. Sinagra E, Mandarino FV, Rossi F, Alloro R, Testai S, Marasà M, Cristofalo S, Maida M, Brinch D, Conoscenti G, et al. *A Case of Foreign Body in the Biliary Tree and the Challenge of Hypereosinophilia*. Gastrointestinal Disorders. 2023; 5(4):431-437.
3. Temesgen R, Abebe H, Abera Y. *Hepatobiliary and Pancreatic Duct Ascariasis: An Unusual Cause of Obstructive Jaundice and Severe Acute Cholangitis*. Int Med Case Rep J. 2022;15:281-286.
4. Rujerapaiboon N, Kaewdech A. *Massive biliary ascariasis: an unusual cause of acute cholangitis*. BMJ Case Reports CP 2021;14:e239784.
5. Gonzalez L, et al. *Áscaridiasis de la vía biliar: informe de un caso*. Rev. Imagenol. 2da Ep. Jul./Dic. 2018 XXII (1):2015-2.





**IRVING
WAXMAN,
MD**



**JI YOUNG
BANG,
MD**



**ANDREW C.
STORM,
M.D.**



**SALINA LEE,
MD**



**OLAYA BREWER
GUTIÉRREZ,
MD**



**SERGIO
SÁNCHEZ-LUNA,
M.D.**



**DR. ISAAC
RAIJMAN,
M.D.**

ENDOTAPATÍA HANDS ON
13-15 DE JUNIO 2024 13-14 DE JUNIO 2024
HOTEL VICTORIA EJECUTIVO GUADALAJARA, JALISCO. MÉXICO

Con reconocimiento del
Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C.,
con valor de **18.6 puntos** para la recertificación de
"Actividades de Educación Médica Continua"

INSCRIPCIONES: www.amegendoscopia.org.mx

LAH
Agencia Oficial
www.gremio.com

Indicadores de calidad en ultrasonido endoscópico

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Cada día es más común el usar o indicar o solicitar un ultrasonido endoscópico como parte del diagnóstico y tratamiento en las enfermedades digestivas, por lo que conocer los indicadores de calidad para su aplicación es muy importante y, al igual que en el artículo anterior, estos se dividen y describen detalladamente en preprocedimiento, intraprocedimiento y posprocedimiento.

Preprocedimiento

1. Indicación documentada por la cual se realiza un ultrasonido endoscópico (USE) (Tabla 1). Es importante que no se indica para estadificar tumores metastásicos, sino con un fin terapéutico o para tomar biopsia y confirmar el diagnóstico.
2. Obtención del consentimiento informado y que incluya los riesgos que conlleva realizar un USE. La incidencia de perforación de esófago a nivel cervical va del 0.03% al 0.06%. El riesgo se incrementa cuando se realiza previamente una dilatación en el caso de obstrucción maligna (0% a 24 %), mientras que cuando se realiza una aspiración con aguja fina existe riesgo de hemorragia (0.5%), infección (<1%) y pancreatitis (<2%).
3. Frecuencia con la que se administran antibióticos en el caso de punción con aguja fina y USE (EUS-FNA) de lesiones quísticas. No hay estudios aleatorizados para deter-

Tabla 1. Indicaciones para realizar ultrasonido endoscópico (USE)

Estadificación de tumores del tracto GI, páncreas, conductos biliares y mediastino.
Evaluación de alteraciones del tracto gastrointestinal o estructuras adyacentes.
Muestras de tejido dentro y adyacentes a la pared del tracto GI.
Evaluación de alteraciones del páncreas, incluyendo tumores, pseudoquistes y pancreatitis crónica.
Evaluación de alteraciones del árbol biliar.
Colocación de marcadores radiológicos dentro de los tumores o adyacentes a la pared del tracto gastrointestinal.
Tratamiento de pseudoquistes sintomáticos.
Proveer acceso dentro de los conductos biliares o pancreáticos.
Evaluación de alteraciones perianales y perirrectales (esfínter anal, fistulas, abscesos).
Evaluación de pacientes con riesgo incrementado de cáncer pancreático.
Bloqueo del plexo celiaco o neurolisis.

minar esta indicación. El riesgo de bacteremia después de una punción con aguja fina es bajo (0% a 6%). La Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE, por sus siglas en inglés) sugiere la administración de antibióticos antes de puncionar por USE cuando se trata de quistes mediastinales, lesiones pancreáticas y peripancreáticas. Los antibióticos que se administran son fluoroquinolonas antes del procedimiento y de tres a cinco días después de este.

4. Frecuencia con la que se realiza ultrasonido endoscópico por endosonografistas entrenados.

Intraprocedimiento

1. Frecuencia con la que aparecen estenosis importantes específicas a la indicación del USE.
 - a. Se deberá documentar en el caso de un cáncer de esófago sin obstrucción, la localización de la unión gastroesofágica, la visualización del eje celiaco y el lóbulo izquierdo del hígado (para descartar enfermedad metastásica).
 - b. Al evaluar la presencia de enfermedad pancratobiliar se deberá documentar la visualización de todo el páncreas (describiendo las características de la pancreatitis crónica y de quistes pancreáticos), así como el conducto pancreático, y describir las alteraciones biliares como litos, dilatación, etc.
 - c. Cuando se evalúe el tracto gastrointestinal (GI) inferior, como en el caso de un cáncer rectal, se deberá documentar la localización del tumor y la visualización de estructuras adyacentes como vasos ilíacos, estructuras genitourinarias y esfínter, así como linfadenopatía.

2. Frecuencia con la que todos los cánceres GI se estadifican con las clasificaciones American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la Union for International Cancer Control (UICC) *TNM staging system* (es un indicador de prioridad).
3. Frecuencia con la que se realiza la medición de los tumores pancreáticos junto con la evaluación de la afectación vascular, linfadenopatía y metástasis a distancia.
4. Frecuencia con la que se afectan las paredes de tumores subepiteliales.
5. Porcentaje de pacientes con metástasis a distancia, ascitis y linfadenopatía.
6. Índice diagnóstico de una muestra adecuada de todas las lesiones sólidas que se someten a punción por aguja fina (una muestra adecuada se define por la presencia de células y/o tejido de la lesión representativa en cuestión).
7. Índices diagnósticos y sensibilidad para malignidad en pacientes que se someten a EUS-FNA de tumores pancreáticos. El índice diagnóstico de malignidad en pacientes que se someten a EUS-FNA de todos los tumores pancreáticos es de >70% con una sensibilidad >85% (indicador de prioridad).

Posprocedimiento

1. Deberá documentarse la frecuencia con la que se registran y aparecen los efectos adversos después de EUS-FNA (pancreatitis aguda, hemorragia, perforación e infección).
2. Incidencia de eventos adversos después de EUS-FNA (indicador de prioridad). Pancreatitis aguda <2%, perforación <0.5% y hemorragia <1%.

Revisión de la literatura: utilidad endoscópica e histológica de la endoscopia transnasal en esofagitis eosinofílica pediátrica

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Star Médica Hospital Infantil Privado, Ciudad de México

Dr. Dante Bacarreza Nogales

Alta Especialidad Pediátrica, Tijuana, Baja California

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago mediada inmunológicamente, la cual ha presentado un incremento importante en su prevalencia, tanto en niños como en adultos alrededor del mundo. Su diagnóstico se basa en la presencia de síntomas de disfunción esofágica y una cuenta de ≥ 15 eosinófilos (eos) por campo de alto poder (HPF) en biopsia de esófago. Debido a que la clínica comúnmente no

correlaciona con la inflamación del esófago, se requieren esofago-gastroduodenoscopias (EGD) frecuentes para valorar la presencia de inflamación histológica y la respuesta al tratamiento. Estos procedimientos pueden resultar en costos elevados, inversión de tiempo y riesgos potenciales.

La endoscopia transnasal (TNE) sin sedación, en la que se utiliza un endoscopio ultradelgado, ha demostrado ser un método alternativo eficaz para examinar la mucosa esofágica en la población pediátrica, reduciendo costos y tiempo. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia y la adecuación de la TNE pediátrica comparada con una EGD estándar para la evaluación de los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes pediátricos.

ameg
2023-2024

HANDS ON 1 ENDOTAPATÍA

13 DE JUNIO 2024
16:00 A 20:00 HRS

HOTEL VICTORIA EJECUTIVO
GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

Con reconocimiento del Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C.,
con valor de 8 puntos para la recertificación de
"Actividades de Educación Médica Continua"

INSCRIPCIONES: www.amegendoscopia.org.mx

Este fue un estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes de 6 a 21 años de edad con diagnóstico previo de EoE, definido por biopsias esofágicas previas con ≥ 15 eos/hpf, que se sometieron a TNE sin sedación en un solo centro médico académico entre noviembre de 2019 y marzo de 2022. Los pacientes fueron considerados para TNE por su gastroenterólogo primario. Los controles fueron pacientes que se sometieron a EGD estándar para el manejo de EoE y se emparejaron con los casos 2:1, basado en la edad al momento de la endoscopia y la actividad de la enfermedad.

Para la TNE sin sedación se utilizó un broncoscopio de 2.8 mm de diámetro exterior y canal de 1.2 mm (Olympus, BF-XP190). Se tomaron de dos a cuatro biopsias de esófago distal y proximal, y la apariencia del esófago fue valorada por dos médicos endoscopistas utilizando el score de referencia endoscópica esofágica validado (EREFS). Las biopsias fueron revisadas por un solo patólogo pediatra por medio del sistema de puntaje histológico de EoE (EoEHSS), la cuenta máxima de eosinófilos (PEC) y *scores* de agregados.

Se realizaron un total de 66 TNE y 132 EGD. La edad media fue de catorce años (7.4 a 20 años) y 58 (29.2%) participantes tenían EoE activa. Los pacientes que se sometieron a TNE pa-

saron 1.94 menos horas en la sala de endoscopia en comparación a aquellos que se sometieron a EGD (3.12 hr vs 1.18 hr, $p < 0.0001$). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la detección de anillos, edema, surcos, estenosis o placas. La visualización de mucosa normal (EREFS=0) se observó de forma similar en ambos grupos (52.5% TNE vs 46.7% EGD, $p = 0.461$).

Todas las biopsias realizadas, tanto en TNE como en EGD, fueron consideradas adecuadas para su revisión por el patólogo, basado en el grosor total del epitelio de la muestra. Se observó diferencia estadísticamente significativa en la presencia de hiperplasia de la zona basal (27.7% TNE vs 45.8%, $p = 0.015$) y espacios celulares dilatados (90.8% TNE vs 100% EDG, $p < 0.001$). No hubo ninguna otra diferencia estadísticamente significativa en las otras medidas del EoEHSS.

Estos resultados sugieren que la TNE es un procedimiento más eficiente en cuanto a tiempo comparado con la EGD estándar, con una visualización endoscópica e histológica comparable.

Como discusión, los autores mencionan que la TNE es segura y de bajo costo para monitorear la inflamación esofágica de la EoE. Sus resultados son similares a estudios previos que demuestran la eficacia y la seguridad de la TNE, como el de Nguyen N y colaboradores en 2019; Venkatesh RD y colaboradores en 2023;

ameg
2023-2024

HANDS ON 2
ENDOTAPATÍA

14 DE JUNIO 2024
16:00 A 20:00 HRS

HOTEL VICTORIA EJECUTIVO
GUADALAJARA, JALISCO. MÉXICO

Con reconocimiento del Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C.,
con valor de 8 puntos para la recertificación de
"Actividades de Educación Médica Continua"

INSCRIPCIONES: www.amegendoscopia.org.mx

Friedlander JA y colaboradores en 2021; y Scherer C y colaboradores en 2021.

Una limitación de este estudio fue que, en la evaluación histológica, los pacientes que se sometieron a TNE presentaron datos de menor actividad de la enfermedad a nivel histológico, lo que sugiere que estos pacientes tuvieron un fenotipo menos severo que los que se sometieron a EGD estándar. Asimismo, los pacientes que se sometieron a TNE tenían menores índices de disfagia ($p=0.001$).

En conclusión, la TNE requiere menos tiempo para su realización y para la recuperación del paciente y puede proveer una visualización endoscópica e histológica comparable con la EGD estándar. Una herramienta que puede ser útil para vigilar esta enfermedad a largo plazo, fue un tema que se presentó en carteles y trabajos orales en la Digestive Disease Week (DDW) 2024.

Referencias

1. Shaul E, Kennedy KV, Spergel ZC, et al. *Endoscopic and histologic utility of transnasal endoscopy in pediatric eosinophilic esophagitis*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;78:1155-1160.
2. Venkatesh RD, Leinwand K, Nguyen N. *Pediatric unsedated transnasal endoscopy*. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2023;33:309-321.
3. Nguyen N, Lavery WJ, Capocelli KE, et al. *Transnasal endoscopy in unsedated children with eosinophilic esophagitis using virtual reality video goggles*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019;17:2455-2462.
4. Friedlander JA, Fleischer DM, Black JO, et al. *Unsedated transnasal esophagoscopy with virtual reality distraction enables earlier monitoring of dietary therapy in eosinophilic esophagitis*.
5. Scherer C, Sosensky P, Schulman-Green D, et al. *Pediatric patients' and parents' perspectives of unsedated transnasal endoscopy in eosinophilic esophagitis: a qualitative descriptive study*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021;72:558-562.



Pólipos hiperplásicos asociados a adenocarcinoma gástrico

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Continuando con el tema de pólipos hiperplásicos, ahora presentamos el caso de un paciente de 56 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien desde diciembre de 2023 presenta pirosis y dolor en epigastrio urente, con intensidad hasta 8/10. Ha recibido tratamiento con inhibidor de bomba de protones, procinéticos y analgésicos no esteroideos con mejoría parcial. No hay náusea, vómito, disfagia, pérdida ponderal significativa u otro síntoma. En abril de este año acude a nuestro hospital para realización de esofagogastroduodenoscopia.

En el estudio, encontramos en curvatura mayor, cara posterior, extendiéndose hasta curvatura menor un tumor infiltrante, exofítico, observando dos porciones protruyentes, una sobre curvatura mayor de 36 mm y otra entre cara posterior y curvatura menor de 24 mm, con bordes elevados, tejido friable, con natas de fibrina y edema circundante severo.

Además, se encontró en cara anterior un pólipo pediculado, elongado, de 21 mm de longitud, que a la aplicación de cromosendoscopia digital y magnificación tiene patrón glandular con giros largos, estrechos y elípticos regulares; también hay parches de mucosa con patrón intestinal regular. El tejido entre el pólipo y el tumor se observa con parches blanquecinos, con patrón glandular sugerente de metaplasia intestinal.

En el reporte histopatológico del tumor gástrico es de adenocarcinoma tipo intestinal poco diferenciado con invasión a

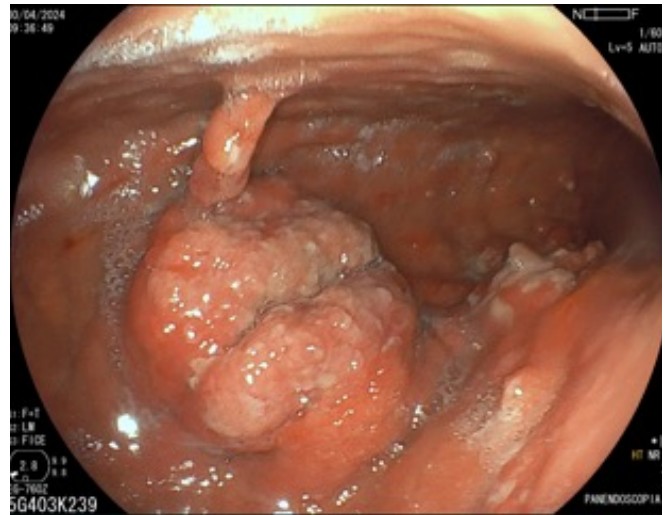


Imagen 1. Tumor gástrico con pólipo pediculado en cara anterior.

muscular de la mucosa, mientras que el pólipo lo documentan como hiperplásico erosionado y con metaplasia intestinal completa, hallazgos compatibles con el diagnóstico óptico.

La patogénesis es incierta. La hipótesis aceptada es que los pólipos hiperplásicos se desarrollan como resultado de una respuesta regenerativa de curación secundario a un proceso inflamatorio y generalmente son hallazgos incidentales en un



Imagen 2. Pólipo Paris 0-Ip luz blanca.

1.2% a 8% de los pacientes que se someten a una esofagogastroduodenoscopia.

Aunque los pólipos hiperplásicos tienen un potencial de transformación maligno, este es bajo, de 2.2% (rango de 0% a 9.7%). Los factores de riesgo para un cambio neoplásico se han demostrado en pólipos mayores a 10 mm, con una preva-

lencia de displasia alta o baja del 1.5% a 4.4%, y una prevalencia de carcinoma entre el 1.1% y 2.1%.

Joao y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo en el que se encontraron 364 pólipos gástricos, de los cuales 195 fueron hiperplásicos. En sus análisis uni y multivariado, encontraron como factores de riesgo para transformación neoplásica un tamaño mayor a 25 mm, presencia de metaplasia intestinal y displasia.

Por otro lado, el cáncer gástrico temprano de extensión superficial se caracteriza por una gran extensión horizontal sin invasión vertical profunda y se cree que se origina debido a una fusión de lesiones multifocales.

Tanaka y colaboradores publicaron en 2021 un caso de adenocarcinoma gástrico temprano coexistiendo con múltiples pólipos hiperplásicos, sugiriendo que el cáncer se desarrolló por la fusión de estas lesiones hiperplásicas.

En este caso, muestran una lesión nodular de 8x4 cm, en la curvatura menor en medio del estómago, así como quince pólipos de 2-20 mm, revelando un histopatológico de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Los autores sugieren la resección endoscópica de la mucosa y erradicación de



LII
Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte



Curso de Posgrado
12 y 13 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial



H. pylori como tratamiento para los pólipos hiperplásicos con un riesgo de transformación maligna, así como seguimiento endoscópico.

En el caso de nuestro paciente, el haber encontrado un pólipo hiperplásico contiguo con factores de riesgo para malignidad, me hace pensar que, si no hubiera encontrado el tumor asociado, por sí solo pudiera haber presentado la transformación maligna. Por lo tanto, la identificación de los factores de alto riesgo para recurrencia o transformación neoplásica nos permitirá una mejor selección y manejo de este tipo de pólipos.

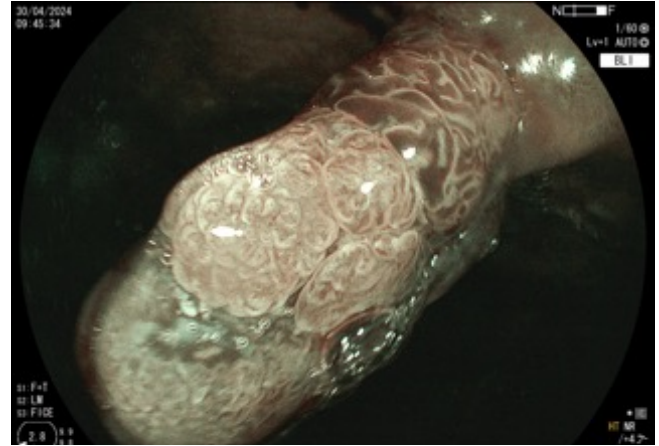


Imagen 3. Pólipo Paris 0-Ip con BLI.

Referencias

1. Joao M, et al. *Gastric hyperplastic polyps: a benign entity? Analysis of recurrence and neoplastic transformation in a cohort study.* GE Port J Gastroenterol 2021;28:328-335.
2. Horiuchi H et al. *Magnifying endoscopy combined with narrow band imaging may help to predict neoplasia coexisting with gastric hyperplastic polyps.* Scand J Gastroenterol. 2013 May;48(5):626-32.
3. Tanaka R et al. *Superficial spreading type of early gastric cancer coexisting with multiple hyperplastic polyps.* Clin J Gastroenterol. 2021 Jun;14(3):730-735



ameg
2023-2024

LII
Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

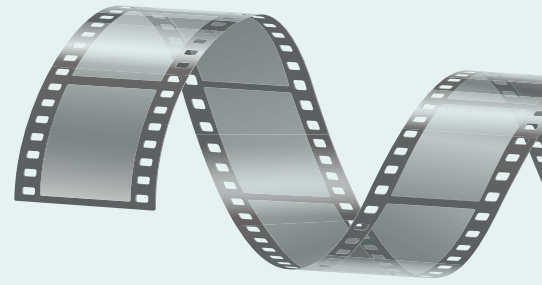


Congreso
14 al 16 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial



LIME
Agencia Oficial
www.gastrologia.com



El régimen

Una humilde servidora del pueblo... no tan estable

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Disponible en Max, *El régimen* es una miniserie de solo una temporada, cuyo papel principal recae en Kate Winslet, excelente actriz que da vida a Elena Vernham, canciller de un pequeño país centroeuropeo del que nunca se menciona nombre o geografía exacta.

Desde el primer capítulo podemos conocer a Elena, una persona totalmente inestable, con trastornos psiquiátricos como megalomanía, micofobia, trastorno de ansiedad por enfermedad y hasta otros rasgos más severos en su personalidad, como guardar el cuerpo de su padre en el sótano de su residencia y bajar a “hablar” con él para pedirle consejos y celebrarle su cumpleaños... de cuerpo presente.

Elena llegó al poder aparentemente de manera legal y se encarga de celebrar año con año su victoria sobre sus adversarios. Su residencia se encuentra en constante renovación por su micofobia, y es así como llega a su vida Herbert, un exsoldado implicado en un caso de corrupción y mal manejo de crisis, quien es contratado por Elena para que camine delante de ella midiendo la humedad del ambiente para permanecer en una habitación con el menor riesgo de tener contacto con el moho.

Herbert también padece de trastornos de personalidad, manejo de ira y estrés postraumático. Esta nueva dupla empieza a

tener interacción y, por algún momento de suerte, terminan siendo ambos los que tomen las decisiones para guiar al país.

A lo largo de la serie, su relación pasa por varias etapas, todas influenciadas por sus trastornos de personalidad y es así como manejan al país. La toma visceral de decisiones, basadas en corazonadas, medicina tradicionalista, orgullo, nacionalismo excesivo, una total desconexión con la realidad de su país, de Europa y del mundo, sumen la nación en una crisis sin precedentes, que traerá consecuencias para todos.

Se trata de una serie donde no se puede dejar de lado el tema político y su parecido, a veces hasta parecer copiado, a algunos países del mundo. Es más, en ocasiones hasta pareciera que cierta situación fue creada como parodia de un gobierno, pero tristemente hay países donde esa es la realidad y es el discurso político actual. Así, se hace evidente cómo la salud mental es de vital importancia, no solo para el individuo sino para todos aquellos que dependen de él. En esta serie, Elena tiene un hijo que padece epilepsia y, en algún punto, le retiran su medicamento y lo sustituyen con rábano y herbolaria.

Es importante nunca dar por sentada la salud mental, la cual debe ser atendida al primer foco rojo, quitando estigmas sociales y haciendo un escrutinio constante.